

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

TYP ŚWIADCZENIA

- TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU KALECTWO LECZENIE SZPITALNE LUB ŚWIADCZENIE SZPITALNE
 ZŁAMANIE/SKRĘCENIE/OPARZENIE KOSZTY REHABILITACJI

NUMERY POLIS

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO W PRZYPADKU UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DANE UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO IMIĘ

NUMER PESEL

ULICA NR DOMU NR MIESZK.

KOD POCZTOWY MIEJSCOWOŚĆ

TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL:

WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZEKAZYWANIE WSZYSTKICH INFORMACJI DOTYCZĄCYCH ZGŁOSZONEGO PRZEZE MNIE WNIOSKU O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA W FORMIE E-MAILI. INFORMACJE PRZESŁANE NA PODANY ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ BĘDĄ UWAŻANE ZA DORECZONE.

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA DOTYCZY:

- UBEZPIECZONEGO MAŁŻONKA / PARTNERA DZIECKA KARTY DUŻEJ RODZINY

PONIŻSZĄ CZĘŚĆ FORMULARZA PROSIMY WYPEŁNIĆ TYLKO, GDY ZGŁOSZENIE DOTYCZY DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA UBEZPIECZONEGO

NAZWISKO DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA IMIĘ DZIECKA, MAŁŻONKA LUB PARTNERA

NUMER PESEL

TELEFON KONTAKTOWY MAŁŻONKA LUB PARTNERA ADRES E-MAIL MAŁŻONKA LUB PARTNERA

DATA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU:

POLECENIE WYPŁATY. PROSZĘ O PRZEKAZANIE KWOTY W FORMIE:

PRZELEWU NA KONTO, NUMER:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA (IMIĘ, NAZWISKO, NAZWA ORAZ ADRES)

ŚRODKÓW DO ODBIORU W BANKU PEKAO S.A. W CIĄGU 14 DNI OD ICH PRZEKAZANIA

CZYTELNY PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ WNIOSEK

POTRZEBNE DOKUMENTY

DOKUMENTY PODSTAWOWE

- ✓ kopie kart historii choroby z udzielonej pierwszej pomocy i prowadzonego leczenia
- ✓ wyniki badań, karty leczenia szpitalnego
- ✓ kopia notatki policyjnej, postanowienia prokuratury lub kopia protokołu BHP, jeśli prowadzono postępowanie w sprawie wypadku
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla małżonka/partnera – kopia dowodu osobistego małżonka/partnera lub kopie aktów urodzenia/małżeństwa
- ✓ w przypadku wniosku o wypłatę świadczenia dla dziecka – kopia aktu urodzenia dziecka

DOKUMENTY DODATKOWE

- ✓ do wniosków o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu: kopie kart leczenia szpitalnego
- ✓ do wniosków o wypłatę świadczenia z tytułu kosztów rehabilitacji: oryginały faktur dokumentujących wydatki na rehabilitację i zakup sprzętu ortopedycznego

TRYB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

Zgodnie z obowiązującymi przepisami przedstawiamy zasady składania i rozpatrywania reklamacji (w tym skarg i zażaleń).

Sposób wniesienia reklamacji może być dowolny – telefon, przesyłka pocztowa lub e-mail. Można ją wnieść także osobiście, podczas wizyty w naszej placówce, w formie protokołu lub pisma.

Do dyspozycji naszych Klientów jest infolinia: 801 888 444 oraz 22 557 44 44 dla osób korzystających z sieci komórkowych, adres e-mail: reklamacje@aviva.pl.

Odpowiedzi na reklamację udzielimy w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku informacji bądź – na indywidualny wniosek zgłaszającego – pocztą elektroniczną, nie później niż w ciągu 30 dni od otrzymania przez nas reklamacji. W szczególnie skomplikowanym przypadku, uniemożliwiającym rozpatrzenie reklamacji w tym terminie (o czym powiadomimy w oddzielnym liście), odpowiedzi udzielimy nie później niż w ciągu 60 dni od dnia jej otrzymania.

Administratorem danych wskazanych w reklamacji jest Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA. Dane te będą przetwarzane w celu jej rozpatrzenia. Osobie zgłaszającej reklamację przysługuje prawo wglądu w treść danych osobowych i ich poprawiania.